



*I.I.S. Alessandrini*

**SINCERT**



I.T.I.S. - L.S.T.  
Via Einaudi, 3  
tel. 029466306  
fax 0294967188

I.P.S.  
Via Vivaldi, 8  
tel. 0294960197  
fax 0294963247

**ANNO SCOLASTICO 20\_\_ / 20\_\_**

**DICHIARAZIONE  
ORE EFFETTUATE  
PER  
RECUPERO DEBITI**

**PROT:OCOLLO**  
N°\_\_\_\_\_/FP  
data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

20081 ABBIATEGRASSO (MI)

**IL DOCENTE** \_\_\_\_\_

**MATERIA** \_\_\_\_\_

### DICHIARA

ORE                      MINUTI

--	--	--	--

**DI AVERE EFFETTUATO UN TOTALE DI ORE PARI AL N°**

**N.B. LE FRAZIONI DI "30" MINUTI DEVONO ESSERE CONTRASSEGNAE CON LO (0,50).**

**PER IL RECUPERO DEBITI  
EFFETTUATE NELLA DATE COME RIPORTATO NELLA TABELLA**

DATA	SPECIFICARE LA CLASSE O LO STUDENTE	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE EFFETTUATE
/ /		: * :	:	+
/ /		: * :	:	+
/ /		: * :	:	+
/ /		: * :	:	+
/ /		: * :	:	+

Abbiategrasso, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 20\_\_ \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCENTE